



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

ADOLFO DOS SANTOS SIRQUEIRA

MARCOS DANIEL SEABRA SANTOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA
ORTOPÉDICO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
LAGARTO EM SERGIPE

Lagarto/SE

2018

ADOLFO DOS SANTOS SIRQUEIRA

MARCOS DANIEL SEABRA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA
ORTOPÉDICO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
LAGARTO EM SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de Medicina
do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do
Bacharelado em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Eduardo José Pereira Ferreira

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Mônica Santos de Melo

Lagarto/SE

2018

ADOLFO DOS SANTOS SIRQUEIRA

MARCOS DANIEL SEABRA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA
ORTOPÉDICO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
LAGARTO EM SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de Medicina
do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do
Bacharelado em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Eduardo José Pereira Ferreira

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Mônica Santos de Melo

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

O trauma mantém-se como principal causa de morte em pessoas de até 45 anos, sendo responsável por cerca de 80% das mortes em pacientes jovens, dos 18 aos 24 anos, e corresponde a 10% de todas as admissões hospitalares. O objetivo foi descrever o perfil epidemiológico das vítimas de trauma ortopédico atendidas no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) em Sergipe. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Foram incluídos pacientes com idade maior ou igual a 18 anos com diagnóstico de lesão traumática ortopédica, sendo excluídos somente aqueles com prontuários ilegíveis. Foram avaliadas variáveis demográficas, fatores relacionadas ao trauma e aspectos do atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Em 399 prontuários, houve um predomínio de pacientes do sexo masculino (63,41%) e a principal faixa etária foi de indivíduos entre 18-38 anos, correspondendo a 54,89% da amostra e procedentes de Lagarto (53,13%). O principal mecanismo do trauma foi o acidente de trânsito com envolvimento da motocicleta (31,83%), seguido pelas quedas (27,57%). A região mais acometida foi tornozelo/pé, correspondendo a 26,57% dos casos, seguido pelo joelho/perna (16,04%). A maioria dos pacientes recebeu tratamento conservador (86,72%) e não foram identificados óbitos por trauma ortopédico. Desta forma, conclui-se que houve predominância em indivíduos do sexo masculino, entre 18 e 38 anos, procedentes de Lagarto, causados por acidentes de trânsito com motocicletas e com acometimento maior dos membros. A principal forma de tratamento foi conservadora e a média de internação de 4,1 dias entre os pacientes submetidos à cirurgia.

Palavras-chave: Perfil de Saúde, Ortopedia, Trauma.

ABSTRACT

Trauma remains the leading cause of death in people up to 45 years old, accounting for 80% of deaths in young patients, from 18 to 24 years old, and accounting for 10% of all hospital admissions. The objective was to describe the epidemiological profile of the orthopedic trauma victims attended at the Hospital Universitário de Lagarto (HUL) in Sergipe. This is an observational, descriptive and retrospective study. Patients of 18 years or older with orthopedic traumatic injury were included, and only those whose records could not be read because of illegible hand writing were excluded. Demographic variables, trauma-related factors, and aspects of pre-hospital and hospital care were assessed. In 399 records, there was a predominance of males (63.41%) and the main age group was patients between 18 to 38 years old, corresponding to 54.89% of the sample and coming from Lizard (53.13%). The main mechanism of trauma was traffic accident involving motorcycle (31.83%), followed by falls (27.57%). The most affected region was ankle / foot, corresponding to 26.57% of the cases, followed by the knee / leg (16.04%). The majority of the patients received conservative treatment (86.72%) and no deaths were identified due to orthopedic trauma. Thus, it was concluded that there was a predominance of males, aged between 18 to 38 years old, coming from Lagarto, caused by traffic accidents with motorcycles and with a greater involvement of limbs. The main type of treatment was conservative and the average hospitalization was 4.1 days among patients submitted to surgery.

Keywords: Health Profile, Orthopedics, Trauma.

SUMÁRIO

1. Revisão da literatura.....	07
2. Artigo.....	08
2.1 Introdução.....	08
2.2 Metodologia.....	10
2.2.1 Tipo de estudo	10
2.2.2 Amostra.....	10
2.2.3 Variáveis.....	10
2.2.4 Fonte de dados.....	11
2.2.5 Análise estatística.....	11
2.2.6 Aspectos éticos.....	11
2.3 Resultados.....	11
2.4 Discussão.....	25
2.5 Fontes de Financiamento.....	28
2.6 Conflitos de interesse.....	28
2.7 Colaboradores.....	28
2.8 Agradecimentos	29
Referências	29
3. Referências.....	33
Anexo A - Normas da Revista	34
Anexo B –Declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	
Com Seres Humanos.....	44

1. Revisão de Literatura

O traumatismo é uma importante causa mundial de morte e incapacitação, afetando principalmente adultos jovens e a população idosa (WHO, 2009). Os pacientes politraumatizados formam um subgrupo de pacientes lesionados que sofreram lesões em mais de uma região do corpo e em mais de um órgão, com pelo menos uma das lesões representando risco de morte. Politraumatismos ocorrem em 15 a 20% da população geral traumatizada nos Estados Unidos (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2005).

De acordo com o Relatório Anual do Banco Nacional de Dados do Trauma em 2007, que informou a ocorrência de 1.485.098 casos entre 2002 e 2006 nos Estados Unidos, as lesões ligadas a veículos motorizados foram responsáveis por 37,9% de todos os casos, seguidas por quedas, com 30,2%. Traumas contusos representaram 86,2% de todos os casos; dos casos restantes, traumas penetrantes foram responsáveis por 11,1%. Os principais picos ocorreram na faixa etária dos 16 aos 24 anos, em consequência de lesões por veículos motorizados e por armas de fogo. Na faixa dos 35 aos 44 anos, os principais picos foram os referentes a lesões ligadas a veículos motorizados. Foi observada maior tendência para traumas no sexo masculino; apenas 35% das vítimas de trauma eram mulheres. Uma revisão das taxas de mortalidade demonstrou a ocorrência de óbito em 3,8% das mulheres, em comparação com 4,8% dos homens. Em geral, os acidentes que envolvem veículo motorizado estão associados aos mais altos percentuais de mortalidade, sendo responsáveis por cerca de 40% dos óbitos (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA, 2007).

BUCHOLZ et al. 2013 analisaram mais de um ano de tratamento de fraturas no Royal Infirmary of Edinburgh, na Escócia, concentrando-se em adultos a partir de 16 anos, excluindo-se lesões de tecidos mole e luxações, também não incluíram fraturas vertebrais, pois também são tratadas por neurocirurgiões em Edimburgo. A incidência geral de fraturas em pacientes a partir de 16 anos foi igual a 13,7/1.000/ano entre 2007 e 2008. A incidência de fraturas em homens foi de 13,7/1.000/ano e em mulheres, 13,6/1.000/ano. Houve 6.986 fraturas, das quais 3.304 (47,3%) ocorreram em homens e 3.687 (52,7%) ocorreram em mulheres. A idade média foi de 52,9 anos (41,4 anos em homens e 63,0 anos em mulheres).

No Brasil, estima-se que existam cerca de 400 mil acidentes de trânsito por ano, apresentando algo em torno de 7% de mortalidade. Das mortes, 20 a 50%, ocorrem por tratamento inadequado, e 62% de todas as mortes intrahospitalares ocorrem nas primeiras quatro horas (HEBERT et al., 2017) .

2. Artigo

2.1. Introdução

O trauma representa um agravo à saúde que cresce em importância, tanto no cenário econômico quanto social. Mantém-se como principal causa de morte em pessoas de até 45 anos, sendo responsável por cerca de 80% das mortes em pacientes jovens, dos 18 aos 24 anos, e correspondendo a 10% de todas as admissões hospitalares¹.

De acordo com os últimos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), morrem mais de nove pessoas por minuto por trauma ou violência e 5,8 milhões de pessoas de todas as idades e grupos econômicos morrem anualmente por lesões não intencionais ou violência. O trauma representa 12% do custo das doenças no mundo. As colisões automobilísticas causam mais de 1 milhão de mortes por ano e estima-se que causem 20 a 50 milhões de lesões significativas, sendo, portanto, a principal causa de morte por trauma no mundo².

O reconhecimento do perfil epidemiológico do trauma se mostra essencial na busca por uma melhora nos marcadores locais, permitindo um direcionamento nos esforços das medidas preventivas impostas pelas políticas de saúde pública. Assim sendo, esforços devem ser empreendidos para a prevenção e assistência em todos os níveis de atendimento, visando minimizar essa problemática. No Brasil, a mortalidade por causas externas não difere dos demais países do mundo, uma vez que ocupa o terceiro lugar dentre todas as causas de morte³.

A epidemiologia do trauma é essencial para descrever a morbidade, deficiência e limitações, além de definir o alvo mais importante para a prevenção da gravidade da lesão. Dados epidemiológicos, nacionais e internacionais, mostram que o trauma continua sendo a principal causa de morte em pessoas com menos de 65 anos de idade, quando considerando anos de vida potencial perdida, mais do que neoplasias malignas, doença cardiovascular e doença cerebrovascular⁴.

Existe um custo para o paciente e para a sociedade. Ao se avaliar os custos sociais devido a lesões, 20% podem ser atribuídos a custos médicos e relacionados, outros 35% são devido à perda de produtividade por morte, e 45% devido à perda de produtividade por incapacidade. No que se refere especificamente aos custos relacionados aos traumas não fatais, trauma dos membros superiores representam cerca de 16% e dos membros inferiores cerca de 38%, atribuindo bem mais de 50% dos custos totais para traumas não fatais⁵. Além disso, para as vítimas de trauma ortopédico com uma Escala de Lesão Abreviada (ELA) de três ou mais, apenas 58% voltam a trabalhar no período de um ano⁶.

O possível índice de morbidade é extremamente preocupante, tendo em vista o predomínio de adultos jovens nos dados apresentados pela literatura. Dessa forma, uma vez constatado, o trauma produz um impacto negativo e significativo na economia do município, por envolver pessoas em plena idade produtiva.

Nota-se a escassez de estudos em Sergipe que tenham como objetivo conhecer as características epidemiológicas de pacientes vítimas de trauma ortopédico.

A magnitude dos dados obtidos neste trabalho ajuda a elucidar melhor a situação de saúde pública regional, tendo em vista o risco de morte ou de sequelas graves muitas vezes incapacitantes e/ou permanentes provocadas pelo trauma ortopédico. Nesse caso, medidas preventivas do trauma ortopédico associadas à conscientização da população podem ser estimuladas.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico das vítimas de trauma ortopédico atendidas no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) em Sergipe.

Além disso, foi possível identificar o tipo de trauma ortopédico mais frequente, as principais formas de tratamento, o tempo de permanência hospitalar e avaliar a ocorrência de variação na frequência de atendimentos das vítimas de trauma com relação aos horários e dias da semana.

2.2 Metodologia

2.2.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, das vítimas de trauma ortopédico atendidas no setor de ortopedia do Hospital Universitário de Lagarto no período de 01 a 31 de dezembro de 2016.

2.2.2 Amostra

Foram analisados os prontuários dos pacientes atendidos no mês de dezembro de 2016. No estudo, foram incluídos todos os pacientes com idade maior ou igual a 18 anos com diagnóstico de lesão traumática ortopédica comprovada por laudos de exames complementares anexados aos prontuários ou nestes descritos por médico ortopedista. Foram excluídos somente aqueles que tiveram prontuários com informações ilegíveis ou desconexas.

Neste estudo, o trauma foi definido conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10). Sendo incluídos os CIDs de S00 a T14 relacionados às condições traumáticas pertencentes ao capítulo XIX intitulado “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”. O mecanismo de trauma foi classificado de acordo com critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) expresso na CID-10.

2.2.3 Variáveis

As variáveis estudadas foram: as características demográficas (idade, sexo e procedência); as relacionadas ao trauma (mecanismo de trauma, segmentos do corpo lesados e tipo de lesão); e os aspectos referentes ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar (meio de condução, horário e dia da semana da admissão, tempo de internamento hospitalar, gastos com material ortopédico, tratamento realizado, tipo de procedimento cirúrgico e condição de saída hospitalar).

2.2.4 Fonte de dados

O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Lagarto localizado no município de Lagarto/SE. Caracteriza-se como uma instituição de referência regional para a assistência a pacientes, e integrado a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

2.2.5 Análise estatística

O banco de dados foi construído no programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS), versão teste 18.0, para análise estatística, a qual constou de descrição das frequências das variáveis e associação entre as variáveis nominais (mecanismos de trauma, tratamento realizado e condição de saída hospitalar), sem utilização de fator de ponderação. Para tanto, foram aplicados os testes de qui-quadrado de associação, complementado pelo teste exato de Fisher nos casos em que a frequência esperada de observação for menor do que cinco. Nas análises de associação, o mecanismo de trauma e o tipo de lesão foram considerados como variáveis dependentes. Para todas as análises estatísticas será adotado um nível de significância estatística de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$.

2.2.6 Aspectos éticos

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS, conforme parecer de número 2.704.110, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

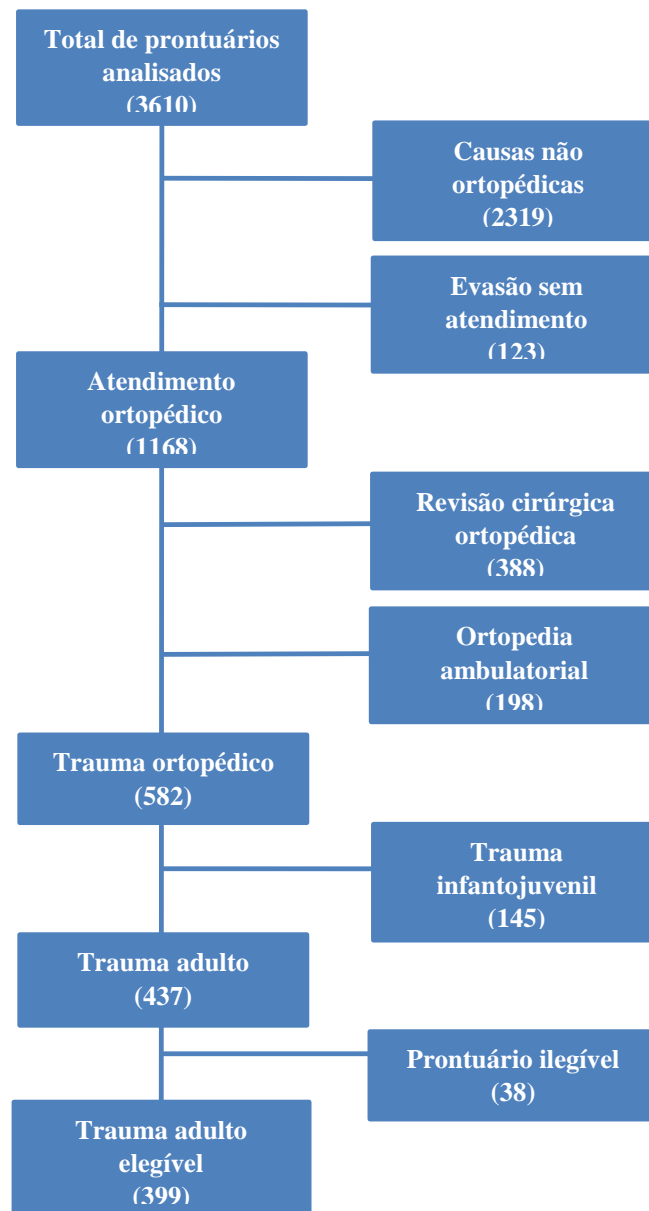
Foi mantido sigilo absoluto dos nomes dos pacientes envolvidos, tendo a finalidade exclusiva de contribuir com a geração de dados científicos, sem causar nenhum tipo de dano aos pacientes selecionados na amostra do estudo.

2.3 Resultados

O presente estudo analisou todos os 3610 prontuários correspondentes aos atendimentos realizados no mês de dezembro de 2016 no Hospital Universitário de Lagarto (HUL). Foram computados 1168 atendimentos na área da ortopedia, sendo 198

(16,85%) de cunho ambulatorial, 388 (33,22%) revisões de cirurgias ortopédicas e 582 (49,83%) relativos a causas traumáticas (Fluxograma 1).

Desses 582 prontuários, foram excluídos 145 (24,92%) prontuários relativos a pacientes menores de dezoito anos e 38 (6,53%) por estarem ilegíveis. Por fim, a amostra do presente estudo se deu com um total de 399 (68,55%) prontuários.



Fluxograma 1. Número de atendimentos no Hospital Universitário de Lagarto-SE no mês de dezembro de 2016.

A amostra foi composta por 253 indivíduos do sexo masculino (63,41%). A idade foi estratificada em faixas etárias, sendo encontrados 219 (54,89%) pacientes com idade entre 18 e 38 anos, 131 (32,83%) entre 39-59 anos, 40 (10,02%) entre 60-80 anos e 9 (2,26%) com idade maior ou igual a 81 anos. A média de idade encontrada foi de $39,7 \pm 16,8$ anos e a moda de 23 anos. O paciente de maior idade foi de 94 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas dos pacientes vítimas de trauma ortopédico atendidos no Hospital Universitário de Lagarto-SE no mês de dezembro de 2016.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	253	63,41
Feminino	146	36,59
Idade		
18-38	219	54,89
39-59	131	32,83
60-80	40	10,02
≥ 81	9	2,26

Em relação a procedência dos pacientes atendidos, houve predomínio do município de Lagarto com 212 (53,13%) pacientes, seguido por Simão Dias com 30 (7,52%), por Tobias Barreto com 21 (5,26%), Poço Verde com 18 (4,51%) e Salgado com 17 (4,26%). Foram observados 14 (3,51%) atendimentos a pacientes do estado da Bahia (Gráfico 1).

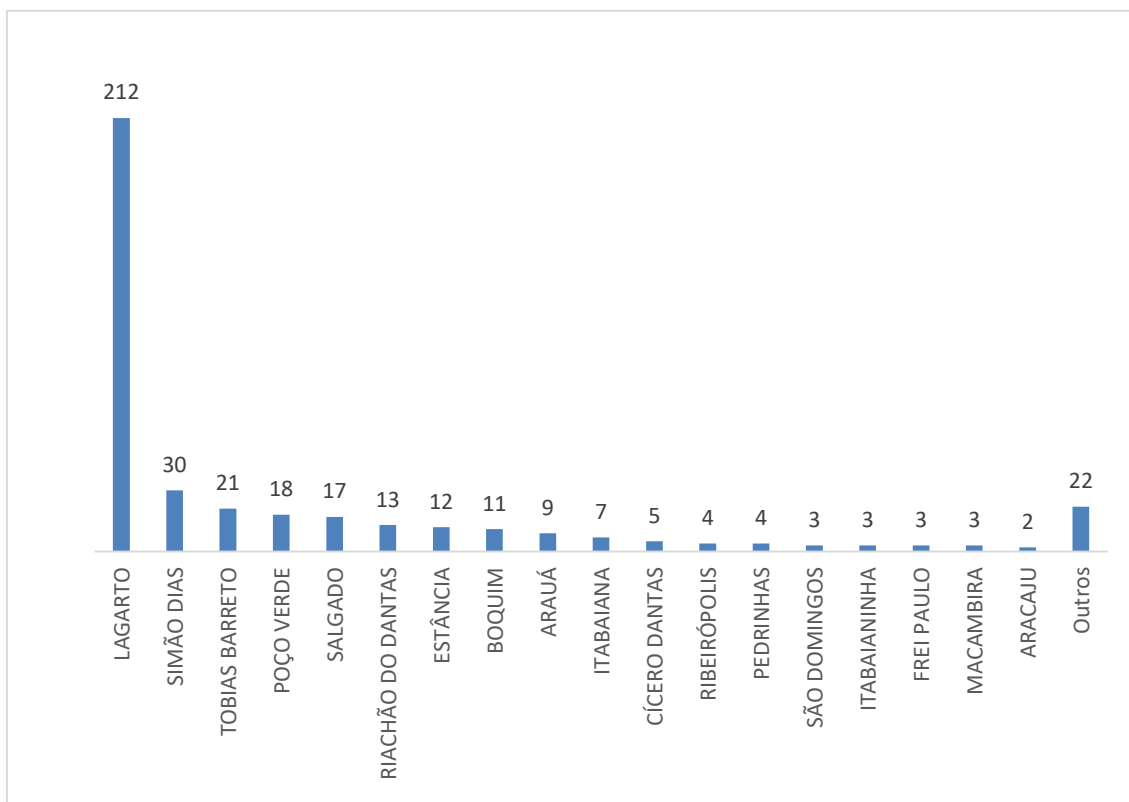


Gráfico 1. Número de vítimas de trauma ortopédico conforme principais procedências dos pacientes atendidos no HUL no mês de dezembro de 2016.

No meio de condução, 96,49% chegaram ao HUL por meios próprios de transporte e 14 (3,51%) pacientes foram conduzidos por meio de ambulância (tabela 2).

Em relação aos dias da semana, houve menor frequência de atendimentos na terça-feira com apenas 33 casos (8,27%) e maior frequência na quarta-feira com 74 casos atendidos (18,55%).

Com relação ao horário do atendimento, pode-se notar um predomínio no turno da tarde com 197 (49,37%) atendimentos realizados, seguido pelo turno da manhã com 105 (26,32%) e a noite com 97 (24,31%) atendimentos.

Outra variável analisada foi o tipo de tratamento adotado, na grande maioria dos casos foi estabelecido o tratamento conservador, sendo estes 346 (86,72%) pacientes, em oposição ao tratamento cirúrgico, que foram submetidos 23 (5,76%) pacientes. Em 30 (7,52%) prontuários não foi especificado o tratamento adotado.

Quanto à condição de saída hospitalar, 381 (95,49%) receberam alta, 01 (0,25%) paciente solicitou alta, 01 (0,25%) outro evadiu-se, 04 (1,00%) pacientes receberam alta

com encaminhamento para outro serviço, 06 (1,50%) foram transferidos para outro hospital e em outros 06 (1,50%) casos não foi especificado o modo de saída. Não foram registrados óbitos dentre os pacientes da amostra.

Dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico, 21 foram submetidos a osteossíntese, destes, 13 (56,52%) colocaram placa com parafusos, 07 (30,43%) foram submetidos a fixação com fio e 01 (4,35%) necessitou inserção de parafuso cortical. Houve apenas um caso de fratura exposta que foi submetido a limpeza mecânica em centro cirúrgico. Em um caso não houve registro do procedimento realizado. Somando-se o custo total dos materiais ortopédicos utilizados nessas cirurgias, foi encontrado um total de R\$ 4.797,00, com custo médio de R\$ 218,04 por cirurgia.

Sobre esses pacientes, foi analisado o tempo de internação hospitalar. Passaram até 05 dias de internação um total de 19 pacientes (82,61%), 01 paciente necessitou de 06 dias de internação (4,35%), 02 pacientes de 11 dias (8,70%) e 01 paciente necessitou de 30 dias (4,35%). No total, uma média de $4,1 \pm 6,29$ dias de internação foi encontrada por paciente.

Outro achado foi a solicitação do prontuário médico por parte dos acidentados, para requerer seguros sociais. Foram evidenciados que 6,26% (n=25) da amostra requisitou seguro DPVAT e 0,75% (n=3) o auxílio doença pelo INSS.

Tabela 2. Distribuição das vítimas de trauma ortopédico segundo aspectos referentes ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar no Hospital Universitário de Lagarto-SE no mês de dezembro de 2016.

Variável	N	%
Meio de condução ao HUL		
Meios próprios	385	96,49
Ambulância	14	3,51
Dias da semana		
Domingo	61	15,29
Segunda-feira	59	14,79
Terça-feira	33	8,27

Quarta-feira	74	18,55
Quinta-feira	61	15,29
Sexta-feira	63	15,79
Sábado	48	12,03

Horário do atendimento

Manhã	105	26,32
Tarde	197	49,37
Noite	97	24,31

Tratamento

Conservador	346	86,72
Cirúrgico	23	5,76
Não especificado	30	7,52

Procedimento cirúrgico realizado

Placa com parafusos	13	56,52
Fixação com fio	7	30,43
Limpeza cirúrgica	1	4,35
Parafuso cortical	1	4,35
Não especificado	1	4,35

Condição de saída hospitalar

Alta	381	95,49
Alta a pedido	1	0,25
Evasão	1	0,25
Encaminhamento	4	1,00
Transferência hospitalar	6	1,50
Óbito	0	0
Não especificado	6	1,50

Tempo de internação (Dias)

1 A 5	19	82,61
6 A 10	1	4,35
11 A 15	2	8,70
> 15	1	4,35

Com relação ao mecanismo gerador do trauma, foram observados 148 (37,1%) acidentes automobilísticos, destes a grande maioria (85,81%) causados por motocicletas e apenas 3,38% causado por carros. O segundo mecanismo mais encontrado foram as quedas com 110 casos (27,57%) seguido pelos traumas torcionais com 61 casos (15,28%), havendo predomínio do trauma torcional de membros inferiores (n=53). Os demais mecanismos encontrados somaram um total de 14 casos (3,51%) e os não especificados 66 casos (16,54%) (Tabela 3).

Foi avaliado o tipo de lesão, havendo uma predominância nos casos de fratura (n=158), correspondentes a 39,59% do total, seguidos pela contusão (n=148), refletindo 37,09% dos casos, pela entorse (n=56), relativos a 14,03%, e pela luxação (n=30), correspondendo a 7,51%.

As partes dos corpo afetadas foram divididas em regiões, sendo que as mais acometidas foram: Tornozelo/Pé com 106 casos (26,57%); Joelho/Perna com 64 (16,04%) casos; Ombro/Braço com 63 (15,79%) casos; Cotovelo/Antebraco com 61 (15,29%) casos; e Punho/Mão com 45 (11,28%) ocorrências. Não houveram casos de acometimento a cabeça ou pescoço no presente estudo e foram identificados traumas com mais de uma região acometida em 23 pacientes (5,76%).

Tabela 3. Distribuição das vítimas de trauma ortopédico segundo variáveis relacionadas ao trauma no Hospital Universitário de Lagarto-SE no mês de dezembro de 2016.

Variável	N	%
Parte do corpo afetada		
Cabeça e pescoço	0	0
Tórax	12	3,0
Coluna	9	2,26
Ombro/braço	63	15,79
Cotovelo/antebraco	61	15,29
Punho/mão	45	11,28
Quadril/coxa	13	3,26
Joelho/perna	64	16,04
Tornozelo/pé	106	26,57

Múltiplas regiões	23	5,76
Não especificado	3	0,75
Tipo de lesão		
Fratura	158	39,6
Contusão	148	37,09
Entorse	56	14,04
Luxação	30	7,51
Amputação	1	0,25
Avulsão de plexo/tendão	2	0,50
Não especificado	4	1,00
Mecanismo de trauma		
Acidentes de trânsito/motociclista	127	31,83
Acidentes de trânsito/carro	5	1,25
Acidentes de trânsito/pedestre/atropelamento	5	1,25
Acidentes de trânsito/bicicleta	6	1,50
Acidente de trânsito/capotamento	1	0,25
Acidentes de trânsito com animal	4	1,00
Quedas	110	27,57
Preensão/esmagamento	3	0,75
Agressão física	4	1,00
Ferimento por perfuro cortante	3	0,75
Esporte	4	1,00
Trauma torcional em MMII	53	13,28
Trauma torcional em MMSS	8	2,00
Não especificado	66	16,54

As lesões também foram discriminadas de maneira mais específicas, conforme encontradas nos prontuários médicos, de acordo com o segmento lesado (ossos e articulações). Detalhando-se o lado do acometimento, grau de lesão e parte do segmento lesado.

Foi encontrado um total de 23 pacientes com o achado de múltiplas regiões lesadas. Os principais registros constam o joelho (n=9) e ombro (n=9), seguido pelo pé

(n=6), perna (n=3) e costela (n=3). Em 11 casos, houve associação de múltiplas regiões lesadas entre membros superiores e inferiores.

Na região do tórax, houve um total de 12 segmentos lesados, distribuídos entre costela, articulação esternoclavicular e hemitórax. Houve apenas um acometimento isolado da costela, e 03 quando associados a múltiplas regiões. Na articulação esternoclavicular, foi identificada somente uma lesão, sendo esta de lado direito. No hemitórax foram encontrados 10 relatos de lesões, com predominância no acometimento do lado direito (n=6), seguido pelo lado esquerdo (n=3), e com um trauma em hemitórax não especificado.

Na região da coluna, foram identificados 09 traumas ortopédicos, sendo estes distribuídos entre a coluna lombar (n=5), coluna lombossacra e coccígea (n=1) e 03 sendo caracterizados como não especificados quanto ao local acometido.

Em relação à região do ombro e do braço, foram encontrados 64 lesões, com relato de acometimento em ombro, braço, úmero, clavícula, bíceps, articulação acromioclavicular e articulação glenoumeral. O segmento que apresentou o maior número lesões foi o ombro com 23 registros, sendo 14 no lado direito e 08 no lado esquerdo. Seguido pela clavícula com 21 casos, que teve predominância no lado direito (n=11) e um caso sem lado especificado. Nestes traumas ortopédicos direcionados à clavícula, houveram 05 acometimentos do terço distal e o restante não especificado.

Foram encontrados 09 relatos para a articulação acromioclavicular, com um maior número de casos acometidos do lado esquerdo (n=4) e dois casos sem descrição do lado acometido. Foi descrito um caso de luxação acromioclavicular grau 3.

Foram registrados 07 casos de acometimento ao úmero, com predominância pelo úmero direito (n=4), sendo 02 casos do lado esquerdo e um caso sem descrição do lado acometido. Dentre os traumas umerais, foram subdivididos segundo o local de acometimento ósseo, com o maior acometimento da região do colo (n=3). As regiões proximal e distal apresentaram o mesmo número de casos (n=1) e dois casos não apresentaram descrição de local.

A região do braço foi descrita com trauma ortopédico em dois casos, ambos com acometimento do lado direito. A articulação glenoumeral apresentou um relato, sem lado

especificado. O bíceps esquerdo foi acometido em um caso e sendo descrita como Lesão do Popeye.

Na região do cotovelo e do antebraço, foram registrados 62 lesões, distribuídos entre cotovelo, antebraço, rádio e ulna. O maior número de segmentos lesados ocorreu no rádio, com 31 casos, predominantemente do lado esquerdo (n=17), apresentando 03 casos não especificados.

Foram subdivididos os acometimentos ao rádio, sendo a porção distal a mais acometida (n=19), seguida pela cabeça do rádio (n=2). Em 10 casos não houve registro da porção acometida. Dentre as fraturas distais do rádio, 02 foram descritas como Fratura de Colles.

Na região do antebraço cerca de 11 casos foram encontrados, sendo 02 descritos em múltiplas regiões, apresentando o lado direito como predominante (n=6) e um caso lado especificado. O cotovelo também foi acometido 11 vezes, com registro de acometimento em múltiplas regiões em 2 casos, com predomínio do lado esquerdo (n=9). Foram observados 09 casos de lesão da ulna, sendo o lado esquerdo (n=5) mais acometido e 01 caso com lado não especificado.

Na região do punho e mão, houve registro de 45 acometimentos, com 16 lesões da mão, apresentando dois casos relacionados a acometimento com múltiplas regiões. Houve um predomínio de acometimento da mão direita (n=11), com dois casos não especificando o lado lesado.

O punho foi lesado em 08 casos, sendo um descrito em múltiplas regiões. Metade dos acometimentos ocorrem no punho direito (n=4), 03 casos no lado esquerdo e um lado não especificado. Em relação aos metacarpos, foram registrados 03 acometimentos, sendo 02 do lado esquerdo e um não especificado. Foram relacionados 02 acometimentos ao 5º metacarpo e um ao 4º metacarpo.

Os ossos do carpo foram lesados 03 vezes, com 01 acometimento do lado esquerdo e 02 casos não especificados. Dessas lesões do carpo, foram encontradas 02 fraturas do escafoide.

Os quirodáctilos foram relatados em 15 casos, com um registro de lesão relacionado a múltiplas regiões. O lado direito (n=10) foi predominante e 02 casos não

especificados. Houve igual acometimento ao 2º, 4º e 5º quirodáctilos com 04 acometimentos cada, seguidos pelo 3º quirodáctilo (n=2) e o polegar com menor registro de acometimentos (n=1).

A região quadril e coxa apresentou um total de 13 segmentos lesados, com descrição de lesão no quadril, bacia e fêmur. O fêmur foi o principal segmento lesado (n=7), apresentando 03 lesões no lado direito, 02 no lado esquerdo e 02 sem lado especificado. O colo do fêmur apresentou duas lesões, seguido por uma lesão dos seguintes segmentos: transtrocanterica (n=1), trocanterica (n=1), diafisária (n=1), supracondiliana (n=1) e não especificada (n=1). O quadril foi descrito com acometimento em 04 casos, sendo 02 no lado direito e 02 sem lado especificado. Na bacia houve um total de 02 casos sem especificidade de região.

Na região do joelho e perna, houve 64 acometimentos, distribuídos entre joelho, perna, tíbia, fíbula e patela. A região predominante foi o joelho, apresentando 32 relatos com 09 relatos de lesões associadas a múltiplas regiões lesadas. O joelho direito apresentou registro de 16 casos, seguido por 14 casos no joelho esquerdo e 02 casos não especificados. A patela apresentou um total de 02 casos descritos com lesão, sendo estes de lado direito.

Foram vistos 11 casos com acometimento da perna sendo 03 casos com acometimento da perna associados a múltiplas regiões. Destes 11 casos, houve predomínio de lesão da perna direita (n=5) e em 03 casos o lado acometido não foi descrito. Na tíbia, 11 casos foram caracterizados, com um caso associado a múltiplas regiões. Houve predomínio de lesão da tíbia direita (n=7).

Dentre os acometimentos tibiais, as lesões diafisárias da tíbia (n=3) apresentaram predomínio, seguidas pelas lesões do platô tibial (n=1), distal da tíbia (n=1) e planalto tibial (n=1) que apresentaram número igual de acometimento. Não foi descrito o segmento da tíbia acometido em 05 casos .

Foram encontrados 08 casos de acometimento da fíbula com 02 destes casos com acometimento de múltiplas regiões lesadas. Houve predomínio de acometimento da fíbula do lado direito (n=4), e em 02 casos o local acometido não foi descrito. Dentre as lesões da fíbula, foi encontrado um total de 06 lesões ao maléolo lateral e 02 ao terço médio.

A região que compreende o tornozelo e o pé apresentou 107 acometimentos, descritos entre tornozelo, pé, pododáctilos, metatarsos, calcâneo e ossos do tarso. O tornozelo foi o que apresentou maior número de lesões (n=43), sendo relacionado a um caso de múltiplas regiões lesadas. Houve um predomínio das lesões de tornozelo direito (n=22), seguidas pelo tornozelo esquerdo (n=14) e 07 casos sem lado especificado.

O pé apresentou um total de 25 acometimentos com 06 casos relacionados a múltiplas regiões lesadas. Com predomínio de lesões do pé direito (n=15) e 02 casos não especificados.

Foi encontrado um total de 21 casos com lesão aos pododáctilos, com predomínio de lesão do lado direito (n=13), além de 02 casos não especificados. Dentre as lesões dos pododáctilos, houve destaque das lesões ao 1º (hálux) e ao 5º pododáctilos, ambos apresentando 07 casos cada, seguidos pelo 2º pododáctilo (n=3), 3º pododáctilo (n=2) e 4º pododáctilo (n=1).

O calcâneo foi lesado 07 vezes, com predomínio do lado esquerdo (n=3) e 02 sem descrição do lado lesionado. Em relação aos ossos do tarso, foram encontrados 03 acometimentos, sendo estes do lado esquerdos e descritos como fratura do tálus.

Aos metatarsos foram registrados em um total de 08 casos, havendo igualdade entre lado direito e esquerdo (n=4). Dentre as lesões metatarsais, houve um predomínio de acometimento do 5º metatarso (n=4), seguido pelo 4º metatarso (n=2), o 3º e 2º metatarsos apresentaram igualdade no número de acometimentos (n=1) e não houve lesão ao 1º metatarso.

A partir da análise dos resultados foi possível associar as variáveis da seguinte forma: mecanismo de trauma x sexo, mecanismo de trauma x idade, tipo de lesão x sexo, tipo de lesão x idade, tipo de lesão x tratamento e segmento lesado x sexo.

Quando associado o mecanismo do trauma ao sexo, houve significância nos acidentes de trânsito/motociclista relacionados ao sexo masculino (n=105), apresentando um maior número de casos quando comparados ao sexo feminino ($p<0,05$). Foi observada também associação entre as quedas e o sexo feminino ($p<0,05$).

Quando relacionado o mecanismo de trauma e a idade, foi significativo o número de traumas ortopédicos nos acidentes de trânsito/motociclista na faixa etária entre 18-38

anos (n=90), quando relacionadas às demais faixas etárias ($p<0,05$). A faixa etária de 39-59 anos (n=31) demonstrou um menor número de acometidos, quando comparada à faixa predominante, seguido pela faixa etária de 60-80 anos (n=6) e por fim, a faixa etária de maiores de 81 anos, que não demonstrou acometidos.

Analisando o tipo de lesão e sua relação com o sexo do acometido, houve significância nos casos de luxação relacionados ao sexo masculino, que no presente estudo apresentou nove vezes mais luxações quando comparado ao sexo feminino ($p<0,05$).

A faixa etária de 18-38 anos apresentou o maior número de casos de contusão (n=88), fratura (n=73), entorse (n=34) e luxação (n=19). Entre 39-59 anos, o principal tipo de lesão foi a fratura (n=62), seguido pela contusão (n=46) e pela entorse (n=16). Na faixa etária de 60-80 anos, o tipo de lesão predominante foi a fratura (n=18), seguido pela contusão (n=10) e pela entorse (n=6). Nos pacientes com idade maior ou igual a 81 anos, o maior número de casos correspondeu aos casos de fratura (n=5) e logo em seguida pela contusão (n=4). O estudo não apresentou associação significativa ao relacionar o tipo de lesão com a idade.

Na análise dos tratamentos instituídos, houve um maior número de tratamentos conservadores (n=347), quando comparado aos tratamentos cirúrgicos (n=23). Foram encontrados 30 casos sem o tratamento especificado.

Quando relacionado o tipo de lesão e o tratamento, dentre os casos que necessitaram de cirurgia (n=23), as fraturas foram o tipo de lesão com o maior número de casos (n=21), seguidos pela luxação (n=2).

Analisando os tratamentos conservadores, os casos de contusão foram os predominantes (n=139), seguido pelas fraturas (n=120), entorses (n=55) e pelas luxações (n=28).

Foi encontrada significância estatística entre os casos de fratura relacionados ao tipo de tratamento instituído, sendo a maioria tratada de forma conservadora, quando comparado ao tratamento cirúrgico ($p<0,05$).

Na análise dos principais segmentos lesados, o segmento que apresentou o maior número de casos foi o tornozelo/pé (n=106), seguido pelo segmento do joelho/perna

(n=64), ombro/braço (n=63), e por conseguinte o do cotovelo/antebraço (n=61). Foram encontrados cerca de 23 casos de indivíduos com múltiplas regiões acometidas e 3 casos de indivíduos que não tiveram o segmento lesado especificado.

Ao relacionar o segmento lesado ao sexo do indivíduo acometido, houve significância estatística entre o segmento do quadril/coxa (n=13) e o sexo feminino (n=10, $p<0,05$).

Analisando os acidentes de trânsito/motociclista, o tipo de lesão predominante foi a fratura (n=59), em segundo lugar observou-se a contusão (n=49), seguido pela luxação (n=12) e pela entorse (n=5). Foram encontrados dois casos de acidentes de trânsito/motociclista sem tipo de lesão especificada.

Nos acidentes de trânsito/motociclista, houve significância estatística com $p<0,05$, quando comparado o número de casos de fratura e entorse e os casos de contusão e entorse ($p<0,05$).

Entre as quedas, o principal tipo de lesão apresentada pelos indivíduos do estudo foi a contusão (n=50), seguida pela fratura (n=47), e com igual número de casos a entorse (n=6) e a luxação (n=6). Foi encontrado um indivíduo vítima de queda, sem tipo de lesão especificada.

Houve também diferença estatística entre os pacientes vítimas de queda, quando comparado o número de casos de fratura e entorse e os casos de contusão e entorse ($p<0,05$).

Quando avaliado o trauma torcional em membros inferiores, foi observada a entorse (n=43) como o principal tipo de lesão, seguida pela fratura (n=9), havendo também o relato de contusão (n=1).

Por fim, foi encontrada diferença estatística entre os pacientes vítimas de trauma torcional em membros inferiores, quando comparado o número de casos de fratura e entorse ($p<0,001$) e os casos de contusão e entorse ($p<0,001$).

2.4 Discussão

No presente estudo, verificou-se a predominância do sexo masculino e de adultos jovens entre as vítimas, dados congruentes com os achados na literatura sobre o tema^{7,8,9,10,11}.

Nogueira e Oliveira em 2014 demonstraram entre os meses de janeiro a junho no município de Rio Branco-AC, que a maioria das vítimas foi do sexo masculino (71,2%). Este fato pode ser relacionado à construção social e à representação histórica da população masculina que corroboram a levá-los a situações de risco¹². Apesar deste estudo não representar diferença significativa para os casos de trauma ortopédico no final de semana, estudos mostram uma maior frequência para este, em virtude de vários fatores culturais associados, como o hábito de conduzir veículos após ingerir bebida alcoólica¹³. No presente estudo, também não foi observado aumento significativo no número de atendimentos nos finais de semana. Ademais, nos feriados e nas vésperas destes houve declínio do número de atendimentos.

Dados como horário de atendimento e dia da semana podem ser úteis para planejamento das ações hospitalares, inclusive no tocante a reduzir evasões sem atendimentos por grandes demandas. No presente estudo, as evasões corresponderam a 123 casos do total de prontuários analisados. O menor número de atendimentos na terça-feira pode ser explicado pelo número reduzido de ortopedistas escalados para este dia.

No presente estudo, constatou-se que a queda foi o segundo mecanismo causador do trauma mais citado nos prontuários (27,5%). Frequentemente, as quedas ocorrem devido a soma de vários fatores de risco ou agentes causais, como senilidade ou infância, atividades laborais, uso de medicamentos e morbididades preexistentes. Apesar de serem muitas vezes negligenciadas, as quedas representam um mecanismo de trauma que pode resultar em lesões graves e/ou letais, bem como incapacidade posterior. Em 2017, Ibiapiano e colaboradores encontraram os acidentes de trânsito em 656 ocasiões (41,3%) e as quedas, com 450 episódios (28,3%) como os mecanismos de trauma mais frequentes¹⁴. Outro estudo epidemiológico realizado no Brasil, também em 2017, revelou que dos traumas ortopédicos, 81% correspondiam a fraturas. Em 38% dos casos, a fratura ocorreu decorrente de queda; em 26,4% o paciente se envolveu em um acidente de trânsito¹⁵. Esses dados são congruentes com os resultados do presente estudo.

Os adultos jovens de 18 a 38 anos constituem o grupo etário mais acometido por trauma ortopédico em Lagarto-SE. De acordo com a literatura, as causas externas são, em todo o mundo, uma das principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos de idade¹⁶. Esse fato pode estar associado à falta de responsabilidade quando da embriaguez, excesso de velocidade, comportamento agressivo e uso de outras drogas, assim como ao despreparo ou inexperiência. Sendo assim, os estudos sobre perfil epidemiológico no Brasil trazem os jovens como o grupo etário mais envolvido em acidentes de transporte terrestre¹⁷.

Neste estudo, as vítimas de trauma por acidentes motociclísticos aparecem como causa mais frequente, com 31,83% (Tabela 3). Um estudo realizado no Hospital Cajuru, o índice de fraturas por acidentes motociclísticos surge em quarto lugar, com 8,07% das vítimas¹⁸. Outro estudo que relaciona fratura e acidentes de trânsito, apresentou 17,9% de vítimas após acidentes de motocicleta¹⁹. Na região sul do Brasil, Andrade e colaboradores 2001 mostraram que os acidentes de transporte terrestre são prevalentes, sendo o meio de condução por motocicleta o maior gerador de taxa de vítimas²⁰. No tocante à região do corpo afetada pelo trauma, alguns estudos já demonstraram que nos acidentes com motocicletas a maior prevalência de trauma ocorre em regiões com maior exposição corpórea em relação a outros usuários da via pública^{20,21,22}.

No presente estudo, o trauma em membros inferiores ficou demonstrado como o mais frequente, com 45,86% da amostra. Os membros superiores apareceram em seguida, atingindo cerca de 42,36% (Tabela 3). Um estudo realizado em São Paulo, na Santa Casa, mostrou que a população fraturada internada também encontrou este diagnóstico em segundo lugar, com 20,9%¹⁹. No entanto, outro estudo, realizado também no Estado de São Paulo, analisou e comparou os mecanismos de trauma e o perfil das vítimas em Catanduva e para este obteve os membros superiores como terceiro lugar, com 26,4%²³. As fraturas em membros superiores e inferiores são relatadas como resultado de maior vulnerabilidade pelo condutor de motocicleta^{18, 24}.

Quanto ao trauma em múltiplas regiões, houve relato em 5,8% da amostra, porém não houve acometimento de estruturas da cabeça e pescoço no presente estudo. Um estudo constatou que em 31,9% de sua amostra havia descrição de trauma em outra região do corpo associadas ao trauma cranioencefálico (TCE)²⁵.

A ausência de TCE e a baixa frequência de politraumatismo podem ser suscitados como causas para ausência de óbitos na amostra. Alguns estudos mostraram que o seguimento corpóreo afetado mais frequente nas vítimas fatais foi o crânio enquanto que nos sobreviventes as lesões se localizaram predominantemente em membros inferiores e pelve, seguido de lesões cranianas^{26,27,28}.

Outra característica do presente estudo que aponta para uma menor gravidade das lesões ortopédicas foi a elevada frequência de tratamentos conservadores para a correção das fraturas.

No que diz respeito aos dias de permanência hospitalar, o tempo médio de internamento foi de $4,1 \pm 6,29$ dias. Dado semelhante foi encontrado por Soares em estudo envolvendo acidentes com motociclistas²⁹.

De forma particular, foi encontrada uma distribuição decrescente das vítimas de fratura conforme a faixa etária, com maior incidência de lesões em pacientes mais jovens e diminuição do número de casos com o aumento da idade, o que pode ser justificado pela baixa média de idade da amostra associada à elevada frequência de acidentes por motocicleta, meio de transporte mais utilizado por adultos jovens. Este achado é divergente da literatura, que traz uma distribuição bimodal das vítimas de fraturas, com picos entre a segunda e terceira década de vida e em idosos^{30,31}.

Além disso, cabe ressaltar que o valor total de serviços hospitalares para morbidade hospitalar do SUS por causas externas no estado Sergipe em dezembro 2016 foi de 613.308,29 reais, apresentando uma média de 3,75 dias de permanência hospitalar³². A grande quantidade de acidentes de trânsito envolvendo motos e quedas está associada à morbidade e a prejuízos socioeconômicos. Dessa forma, sendo o trauma ortopédico uma das formas mais frequentes de trauma por causa externa, o conhecimento dos dados epidemiológicos para a população de Lagarto pode desencadear medidas preventivas que resultem em menores gastos para a saúde pública local.

Como limitação do presente estudo, deve-se mencionar, que os dados podem não refletir a realidade e pode subestimar os resultados obtidos, visto que as informações foram coletadas de forma retrospectiva, por meio de revisão dos prontuários e limitadas a um curto período de 31 dias do mês de dezembro.

Por fim, o presente estudo permite concluir que o trauma representa uma importante causa de atendimento no Hospital Universitário de Lagarto, com predomínio de pacientes do sexo masculino, entre 18 e 38 anos, vítimas de acidentes de trânsito por motocicletas e procedentes do município de Lagarto. Acrescenta-se que a principal forma de tratamento foi conservadora e que a média de permanência hospitalar foi de $4,1 \pm 6,29$ dias entre os submetidos ao tratamento cirúrgico.

2.5 Fontes de Financiamento

Os autores do presente estudo declaram que a pesquisa se deu sem o recebimento de financiamento institucional ou privados para a sua realização.

2.6 Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

2.7 Colaboradores

A. S. Sirqueira e M. D. S. Santos contribuíram substancialmente na concepção e delineamento do trabalho, na coleta, análise e interpretação dos dados, na redação e revisão crítica para o conteúdo intelectual, sendo responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. E. J. P. Ferreira e M. S. Melo contribuíram substancialmente na aquisição, análise e interpretação dos dados, bem como da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram esta versão a ser publicada.

2.8 Agradecimentos

À Universidade Federal de Sergipe campus Professor Antônio Garcia Filho, à equipe responsável pelo arquivo e à direção do Hospital Universitário de Lagarto.

Referências

1. Hebert, S.K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.
2. American College of Surgeons; Committee on Trauma. Advanced trauma life support for doctors: student course manual (ATLS). 9ª ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.
3. Eloia, S.C. et al. Análise epidemiológica das hospitalizações por trauma cranioencefálico em um hospital de ensino. Sanare, Sobral 2011;10 (2): 34-39.
4. Stinner DJ, Edwards D. Surgical Management of Musculoskeletal Trauma. Surg Clin North Am 2017;97(5):1119-31
5. Miller, T.R. et al. Databook on nonfatal injury: incidence, costs, and consequences. Washington, DC: Urban Institute Press, 1995.
6. Mackenzie EJ, Bosse MJ, Pollak AN, Webb LX, Swiontkowski MF, Kellam JF, Smith DG, Sanders RW, Jones AL, Starr AJ, McAndrew MP, Patterson BM, Burgess AR, Castillo RC. Long-term persistence of disability following severe lower-limb trauma. Results of a seven-year follow-up. J Bone Joint Surg Am 2005; 87(8): 1801–9.
7. Rezende Neta DS, Alves AKS, Leão GM, Araújo AA. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. Rev Bras Enferm 2012; 65(6):936-41.
8. Whitaker IY, Gutierrez MGR, Koizumi MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. Rev Assoc Med Bras 1998;44(2):111-9.
9. American College of Surgeons. Committee on Trauma. Advanced trauma life support for doctors: student course manual (ATLS). Chicago: American College of Surgeons; 2008.

10. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(11):2135-42.
11. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública* 2004;20(4):995-1003.
12. Nogueira JM, Oliveira SMC. Análise epidemiológica das vítimas de trauma. *Rev Movimenta (Goiânia)* 2014;7(3):738- 49.
13. Malta DC, Berna RTI, Mascarenhas MDM, Silva MMAI, Szwarcwald CL, Moraes Neto OL. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo dois inquéritos nacionais de saúde. *Rev Bras Epidemiol* Dez 2015; 18 SUPPL 2: 214-223
14. Ibiapiano MK, Couto VBM, Sampaio BP, Souza RAR, Padoin FA, Salomão IS. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. *Rev da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba* 2017; 19(2):72-5.
15. Silva LAP, Ferreira AC, Paulino RES, Guedes GO, Cunha MAB, Peixoto VTCP, Faria TA. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. *Rev Med (São Paulo)* 2017; 96(4):246-54.
16. Ferreira MAF, Felizzari CT. Correlação entre a epidemiologia do trauma e o atendimento de enfermagem em uma unidade de pronto-socorro. *Rev Eletrônica Fac Evangélica Paraná (Curitiba)* 2011;1(1):2-12
17. Dorigatti AE, Jimenez LS, Redondano BR, Carvalho RB, Calderan TR, Fraga GP. Importância de programa multiprofissional de prevenção de trauma para jovens. *Rev Col Bras Cir (Rio de Janeiro)* 2014;41(4):245-50.
18. Karstein AA, Burin JR, Arantes RKC, Falavinha RS. Análise epidemiológica das vítimas atendidas pelo SIATE e transportadas ao Hospital Cajuru. *Rev Bras Ortop* 1996;31(6):485-90.

19. Orsati FT, Machado FS, Kitayama NM, Bruscato WL. Estudo da população fraturada, devido a acidentes de trânsito, internada na Santa Casa de São Paulo. *Psic Hosp* 2004;2(2):0-0.
20. Andrade SM, Jorge MHPM. Acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):318-20.
21. Koizumi MS. Padrão das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. *Rev Saúde Pública* 1992;26(5):306-15.
22. Willemann ER. Trauma de face em vítimas de acidente de motocicleta relacionado ao uso do equipamento de proteção individual (EPI). [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2003.
23. Batista SEA, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Junior RJAV, TCBC-SP. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva, SP. *Rev Col Bras Cir* 2006;33(1):6-10.
24. Ott EA, Favaretto ALF, Neto AFPR, Zechin JG, Bordin R. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região sul do Brasil – caracterização da vítima e das lesões. *Rev Saúde Pública* 1993;27(5):350-6.
25. Melo JRT. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2004;62(3a):711-15.
26. Koizumi MS Aspectos epidemiológicos dos acidentes de motocicleta no Município de São Paulo, 1982. São Paulo; 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
27. Koizumi MS Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. São Paulo; 1990. [Tese de Livre-Docência - Escola de Enfermagem da USP].
28. Dalossi T, Koizumi MS. Estudo comparativo da gravidade do trauma de pacientes com ou sem traumatismo crânioencefálico. *Rev Bras Neurol* 1994; 30:181-9.
29. Soares DFPdeP. Vítimas de acidentes de trânsito ocorridos no perímetro urbano de MaringáPR em 1995-1997. [dissertação]. Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina; 1997.

30. Singer BR, McLauchlan GJ, Robinson CM, Christie J. Epidemiology of fractures in 15,000 adults: the influence of age and gender. *J Bone Joint Surg Br* 1998; 80:243-8.
31. Harvey N, Dennison E, Cooper C. Osteoporosis: impact on health and economics. *Nat Rev Rheumatol* 2010; 6:99–105.
32. Departamento de informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em: Acesso em: 03 jun 2018.

3- REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS/COMMITTEE OF TRAUMA. **National Trauma Data Bank annual report**, Chicago, 2005.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA LEADERSHIP. **National Trauma Data Bank annual report**. Chicago, 2007.

BUCHOLZ, R. W. et al. **Fraturas em adultos de Rockwood & Green**. 7 ed., Barueri: Manole, 2013.

HEBERT, S.K. et al. **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/en>>. Acesso em: 20 de novembro de 2017.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta

Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de

materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s)

autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte

sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol.

No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA ORTOPÉDICO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM LAGARTO/SE

Pesquisador: MONICA SANTOS DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89656918.1.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.704.110

Apresentação do Projeto:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA ORTOPÉDICO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO EM SERGIPE.